

★
UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE

MATERNITÉ — M. LE PROFESSEUR KÖENIG

Diagnostic et Traitement
du Fibro-Myome utérin pendant la gestation

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
Georges AKIKI

(République Libanaise)

Diplômé de l'Institut Colonial de la Faculté de Médecine de Paris

1931

LES PRESSES MODERNES
45 rue, de Maubeuge, 45
PARIS

—
1932

Thèse N° 1370.

Diagnostic et Traitement
du Fibro-Myome utérin pendant la gestation

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges AKIKI

(République Libanaise)

Diplômé de l'Institut Colonial de la Faculté de Médecine de Paris

LES PRESSES MODERNES

45 rue, de Maubeuge, 45

PARIS

1932

Thèse N° 1379.

*La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de
Monsieur le Professeur R. KÆNIG, autorise l'impression
de la présente Thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion
sur les propositions qui y sont énoncées.*

Genève, le 8 Septembre 1931.

Le Doyen :

Eug. BUJARD.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

Hommages et respects.

A MES FRÈRES

*En témoignage d'une solidarité inébranlable,
d'attachement infini et d'amour pur.*

A MES SŒURS

L'expression de mes douces pensées.

A MADEMOISELLE Y. J. MAGNIN ET SON HONORABLE FAMILLE

Nos hommages en marque de notre attachement et notre vive reconnaissance de leur dévouement incomparable, la meilleure preuve des touchants souvenirs que nous garderons de leur douce compagnie.

A MES AMIS

A SON EXCELLENCE, MONSIEUR AMÉ LEROY

Consul Général de France à Genève

Hommage de notre respectueuse reconnaissance de sa noble sollicitude et de sa puissante protection pendant notre séjour en Suisse.

AU RÉVÉREND PÈRE E. SARLOUTTE

Missionnaire Lazariste

Supérieur au Collège Français d'Antoura

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

Mérite Libanais

Officier de l'Instruction Publique

Nos hommages respectueux et notre profonde gratitude de sa généreuse bienveillance.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR KÖENIG

Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique

à la Faculté de Médecine de Genève

Notre respectueuse reconnaissance de ses leçons magistrales, de ses conseils bienveillants et de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette Thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MERCKLEN

Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg
Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Strasbourg
Médecin des Hôpitaux de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*L'expression de nos plus vifs remerciements
des leçons instructives et du bon accueil
qu'il nous a réservés pendant notre stage
dans son service.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A MES MAITRES DES HOPITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Introduction

Nous avons pour but, dans ce modeste travail, d'apporter notre contribution personnelle par l'exposé succinct schématique de la pratique à la clinique gynécologique de Genève de 1911 à 1931, sans avoir la prétention d'étudier les différentes éventualités, d'en tirer des lois sur les indications et la technique des interventions chirurgicales appelées par les fibro-myomes au cours de la gestation, de l'accouchement et des suites de couches.

Ce travail nous a été inspiré par notre Maître, Monsieur le Professeur KÆNIG, qui nous a permis de consulter les observations de son service, et nous a puissamment guidé de ses conseils bienveillants, nous le prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Très souvent les fibromes évoluent sans aucune complication et l'accouchement s'effectue normalement. Parfois, des phénomènes d'infection, de compression, de torsion ou autres mettent la vie de la mère en danger et indiquent, d'urgence, une intervention chirurgicale.

A l'hystérectomie, qui fut longtemps leur arme unique contre les fibro-myomes, les gynécologues ont adjoint la myo-

mectomie, opération conservatrice idéale. Au contraire, de l'hystérectomie, l'ablation de la tumeur pratiquée au cours de la gestation peut couper court aux complications, rares, mais si graves de nécrobiose, de torsion et autres accidents et permettent l'évolution de la gestation jusqu'au terme : pratiquée à terme, au cours du travail, elle sera le complément d'une césarienne indiquée par quelque autre cause de dystocie ; enfin après l'avortement ou l'accouchement elle permettra de pallier aux accidents infectieux graves qui compliquent, en certain cas, les fibromes à évolution vaginale.

Tous les fibromes compliqués ne sont pas du ressort de la myomectomie ; leur grand volume, leur multiplicité, certaines de leurs localisations anatomiques s'opposent à l'énucléation ou la rendent dangereuse. Dans ce cas, le gynécologue devra se résigner à pratiquer une hystérectomie qui, seule assurera le salut des malades.

Cette étude se divise en trois parties suivies d'une statistique générale et d'une conclusion :

1° Dans la première partie, nous exposons brièvement l'influence, l'évolution, le diagnostic et le traitement du fibrome pendant la grossesse ; nous parlerons des indications de l'intervention chirurgicale au cours de la gestation, puis seront relatés les résultats opératoires ; à la fin du chapitre, on trouvera les observations des cas d'hystérectomies et de myomectomies, pour fibromes compliquant la grossesse pra-

tiquées à la clinique gynécologique de Genève de 1911 à 1931.

2° Dans la deuxième partie, nous parlerons de l'influence du fibrome sur l'accouchement et de la conduite à tenir vis-à-vis des fibro-myomes diagnostiqués au cours de l'accouchement.

3° Enfin, dans la troisième partie, on trouvera quelques courts aperçus de l'influence du fibrome sur les suites de couches, des indications et des résultats de l'hystérectomie dans le post-partum et le post-abortum, suivis des dix observations cliniques.

PREMIÈRE PARTIE

Influence, Evolution, Diagnostic et Traitement du Fibrome pendant la grossesse

CHAPITRE I

Dans ce chapitre nous traitons :

- 1° L'influence de la grossesse sur le fibrome;
- 2° L'influence du fibrome sur la grossesse.

1) INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LE FIBROME

Le Docteur Estienny dans sa thèse intitulée *Fibrome et Grossesse*, soutient que, pendant la grossesse, le fibrome subit trois modifications différentes : il s'hypertrophie, se ramollit ou ascensionne, trois formes correspondant à trois tableaux cliniques différents sur lesquels nous reviendrons quand nous parlerons du diagnostic.

2) INFLUENCE DU FIBROME SUR LA GROSSESSE

Nous distinguons trois périodes :

- 1° Pendant la grossesse ;

2° Pendant l'accouchement ;

3° Pendant les suites de couches.

La 2^e et 3^e période seront étudiées dans la 2^e et 3^e partie de cet ouvrage ; nous nous occuperons ici de l'influence du fibrome pendant la grossesse d'où quatre problèmes à envisager :

1° La stérilité ;

2° L'infection ;

3° L'œuf ;

4° La paroi utérine.

I. — LA STÉRILITÉ

Les avis de l'influence du fibrome sur la fécondation sont partagés.

Le Professeur Kœnig, sans l'affirmer, est enclin à admettre que le fibrome peut être, en certains cas, cause de stérilité et nous suggère les deux hypothèses suivantes :

1) Un fait, rare bien entendu, qu'au cours d'une opération pour fibrome on trouve une grossesse, plaide en faveur de la possibilité de la nidation dans un utérus fibromateux.

2) Mais s'il est vrai que pendant la grossesse on trouve fréquemment de fibrome de petit volume, il semble bien qu'un fibrome plus gros, soit par son siège, qui modifie la forme de la cavité utérine, soit par les phénomènes de congestion qu'il entraîne, peut être aussi pour des causes hor-

monales, l'utérus fibromateux ou le fibrome lui-même, constitue un obstacle à la fécondation

Beuttner répétait souvent que, le développement des noyaux fibromateux dans un utérus, n'a aucune influence sur la fécondation.

Hefmeier déclare que les myomes facilitent la conception, non par leur présence, mais par ce qu'ils reculent la ménopause et prétend, à juste raison, que cette stérilité remonte souvent à une époque où l'on ne peut plus incriminer l'action des myomes, ceux-ci n'apparaissant, au point de vue clinique, qu'entre 30 et 50 ans alors que la majorité des mariages s'effectue entre 20 et 30 ans, époque de la plus grande fertilité.

Pinard pense que la myomatose utérine est une conséquence de la stérilité, une punition infligée à tout utérus n'ayant pas servi à sa fonction physiologique.

Devant cette divergence de vues sur le problème de la stérilité, personnellement, nous restons dans le doute.

II. — L'INFECTION

Les phénomènes infectieux observés quelques fois, chez les myomateuses, pendant la gestation, sont indiscutables, comme prouvent les deux cas du Professeur Kœnig et les observations 539 (1912) et 493 (1930), surtout quand le myome est sous-muqueux d'après le Professeur Kœnig, Brindeau, Reeb et Estienny. Ils se manifestent par l'altéra-

tion de l'état général, par la température qui monte à 39'-40°, par l'accélération du pouls 130-150 et au point de vue microscopique par l'hyperplasie de la muqueuse utérine, etc.

III. — L'ŒUF

L'influence du myome sur l'œuf est différent. Très souvent, la gestation évolue normalement sans accident et ce n'est que pendant les suites de couches qu'on découvre un utérus fibromateux. Cependant, la fausse-couche spontanée est fréquente, selon Goulliaud, et nous l'avons constatée une fois dans notre observation 347 (1931).

IV. — INFLUENCE DU FIBROME SUR LA MUQUEUSE UTÉRINE

La paroi de l'utérus gravide fibromateux se modifie. Reeb a démontré que la fibre musculaire utérine s'hypertrophie; le protoplasme se charge de myofibrilles qui se disposent en faisceaux, en refoulant les noyaux à la périphérie et les vaisseaux lymphatiques sont extrêmement développés sans contenir ni lymphe ni pus.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

Notre Maître Kœnig, dans ses leçons cliniques, insiste beaucoup sur le diagnostic différentiel de l'utérus gravide et nous traite avec éloquence les méthodes à suivre pour différencier un noyau fibromateux d'une partie fœtale. D'où nous distinguons trois cas :

Premier cas. — Lors de l'examen d'une femme enceinte, on découvre en plus du fœtus, une tumeur dure : est-ce bien un fibrome ? N'est-ce pas quelque chose de pariétal ? L'utérus gravide à un certain stade est immédiatement au contact de la paroi et au premier abord, une tuméfaction intra-pariétale pourrait lui être attribuée. Erreur grossière : en faisant asseoir la femme, la paroi abdominale abandonne le contact utérin et fixe la tumeur ; mobilisez l'utérus en fixant la peau, la tumeur ne suit pas.

N'est-ce pas une partie fœtale ? une partie fœtale, quelle qu'elle soit est mobile ; le fibrome est fixe, malaxez l'utérus, provoquez une contraction, indolore bien entendu, la partie fœtale disparaît presque complètement sous la carapace uté-

rine, le fibrome fait saillie, devient plus dure encore, mieux perceptible. Cependant, dans quelques cas rares, grossesse gémellaire par exemple, la confusion est possible.

La radiographie tranche la question.

N'est-ce pas une malformation utérine ? Cette masse est-elle un deuxième corps utérin vide, mais hypertrophié, accolé au corps utérin gravide (utérus didelphie) ? C'est exceptionnel, mais il faut y penser. Examinez minutieusement la vulve largement ouverte, le vagin, le col : une malformation congénitale de ce côté fait suspecter le diagnostic. Bien plus facile est l'élimination de l'utérus bicorne, surtout quand il y a symétrie et égal développement ; la corne utérine est souvent habitée par une partie fœtale, et surtout, elle participe aux contractions utérines, par conséquent aux modifications de consistance qui le caractérisent.

C'est une tumeur. Est-elle solide, est-elle liquide ? En pratique, est-ce un fibrome utérin, ou un kyste de l'ovaire ? le fibrome fait corps avec l'utérus, le kyste est indépendant ; le fibrome est dur, le kyste est rénitent, plus ou moins dépressible, ou même fluctuant. La consistance des kystes, de l'ovaire ne peut induire en erreur qu'en présence d'un kyste dermoïde : c'est la radiographie qui pourrait quelques fois trancher le diagnostic. Malgré ces signes et bien d'autres, l'erreur est excusable ; pendant la grossesse les fibromes (jouent les kystes, ils se ramollissent) et les (kystes jouent les fibromes, ils durcissent et le clinicien est joué quelques fois,

Brindeau), heureusement ce n'est pas là une erreur bien grave et d'ailleurs elle est assez rare.

C'est donc un fibrome. Plus important peut-être que le diagnostic de qualité de la tumeur est le diagnostic de son siège. Comme pour les kystes de l'ovaire, comme pour les collections tubaires; il y a des fibromes hauts ou abdominaux, des fibromes bas ou pelviens (col ou segment inférieur), des fibromes abdomino-pelviens.

Pour ne pas méconnaître cette dernière forme de fibrome à la fois abdominaux et pelviens, il faut toujours explorer soigneusement l'excavation par toucher vaginal quand on a constaté un fibrome sur le corps de l'utérus, à plus forte raison sur le segment inférieur; on peut trouver ainsi un prolongement pelvien de la même tumeur, en quelque sorte bilobé à cheval sur le détroit supérieur, ou bien une seconde tumeur purement pelvienne qui, sans le toucher, aurait passé inaperçue.

Le siège du fibrome fait le pronostic; les fibromes abdominaux permettent toujours l'accouchement; les fibromes pelviens empêchent souvent l'accouchement. En effet, ils peuvent faire obstacle au passage du fœtus dont ils obstruent plus ou moins complètement la voie; ils sont *prævia*.

Deuxième cas. — Une femme qui a un fibrome est-elle en même temps enceinte? Ici le problème est un peu moins facile, parce que la grossesse au début peut être masquée par

les hémorragies dues au fibrome. Cependant, bien exceptionnels sont les cas où la gestation n'entraîne pas de modifications dans les règles qui prennent alors une valeur particulière, surtout si on en rapproche les phénomènes sympathiques concomitants, mais avant tout l'examen reste l'arbitre : si l'utérus fibromateux grossit sensiblement et surtout se ramollit, si brusquement, se manifeste sa rétroversion, il faut se méfier d'une grossesse débutante et dans ce cas, si par ailleurs rien ne force à agir, il faut attendre, le diagnostic de la grossesse se fait tout seul avec le temps.

Troisième cas. — De beaucoup le plus intéressant, une femme a-t-elle un fibrome ou bien est-elle enceinte ? Dans les cas faciles, nul ne se trompe ; dans les cas difficiles, tout le monde risque l'erreur. On est allé, jusqu'à proposer, lorsqu'au cours d'une laparotomie, l'utérus dans la main, on hésitait encore d'inciser l'ovaire pour chercher le gros corps jaune gravide (de Rouville).

L'erreur se comprend : Dans certains cas, les signes physiques sont les mêmes : hypertrophie et ramollissement de l'utérus (il y a des fibromes mous, tétangiéctasiques, simili-gravidiques au plus haut point, Audebert). Mais l'erreur se comprend mieux encore dans le cas de grossesse anormale angulaire, isthmique, extra-utérine. Elle est parfois inévitable quand il existe une rétention prolongée du fœtus mort, alors que les anamnestiques ne donnent aucune précision.

Alors faut-il rester dans le doute ? Certainement oui, sauf si on a des raisons de suspecter une grossesse extra-utérine rompue ou non (mais on ne peut envisager ce diagnostic que si à la constatation d'une tumeur para-utérine s'ajoutent des signes de grossesse au début : l'indication opératoire est alors formelle, Estienny).

A part ce dernier cas, en dehors de tout accident, il faut attendre : la grossesse se diagnostiquant elle, peu importe, si rien ne presse, par ailleurs, de patienter les deux à trois mois nécessaires pour percevoir, sans doute possible, les bruits du cœur fœtal. Mieux vaudrait même, dans ces cas douteux, affirmer à la famille la grossesse qui tranquillise toujours ; on peut éviter ainsi qu'un confrère moins circonspect n'impose un traitement immédiat aux dépens de la gestation si elle existe bel et bien. Dans l'avenir, les procédés de diagnostic biologique seront, sans doute, les meilleurs critères : Aujourd'hui, la glycosurie phloridzique elle-même, (épreuve de Kamnitzer et Joseph) est considérée comme un renseignement de plus. Le test d'Aschheim Zondek (Allemagne) affirme, à coup sûr, le diagnostic de la grossesse au début, à partir du quinzième jour. Ce procédé n'a pu être employé, malheureusement, à la Maternité de Genève, jusqu'à présent, pour des raisons pécuniaires ; mais il sera de rigueur à partir du mois de Novembre 1931, grâce aux démarches fructueuses du Professeur Kœnig. Déjà, cependant, la radiographie, dans des cas rares et entre les mains particu-

lièrement expertes, avec un outillage puissant, peut relever le squelette fœtal à partir de trois mois.

En résumé, le plus souvent, on peut diagnostiquer une grossesse concomitante à un fibrome quand on procède à un examen minutieux, approfondi. C'est ainsi que dans plusieurs centaines d'opérations pour fibromes utérins, il n'est arrivé au Professeur Kœnig qu'une seule fois de trouver, après coupe de la pièce enlevée, un début de grossesse qui n'avait pas été diagnostiquée.

Il s'agissait d'une femme de 34 ans, porteuse d'une tumeur fibromateuse de volume d'une tête d'homme, dépassant l'ombilic des deux doigts, ayant eu de très légers retards, puis des pertes continuelles. Hystérectomie totale abdominale par le Docteur Kœnig; tumeur pèse 2 kil. 200, située dans la paroi postérieure de l'utérus, brun-rouge à la section de laquelle l'anatomo-pathologiste trouve une nécrose très nette; en ouvrant l'utérus, on trouve un œuf du volume d'une noix.

CHAPITRE III

CONDUITE A TENIR

Il faut reprendre la loi d'évolution des fibromes pendant la grossesse : hypertrophie, ramollissement, ascension.

Les deux dernières modifications expliquent qu'il y a une sorte d'auto-traitement :

Le fibrome est une tumeur dure qui pourrait comprimer le fœtus ou être, s'il est bas, un obstacle infranchissable. Mais il participe à l'imbibition gravidique et se ramollit.

D'autre part, le fibrome pelvien pourrait barrer immédiatement la route au fœtus (tumeur Praevia), mais assez souvent le fibrome, au dernier moment, se mobilise parce que le plus souvent il est dans la paroi même de l'utérus ; il se laisse influencer par les contractions des fibres longitudinales qu'en tirant sur lui l'aplatissent, l'entraînent dans leur ascension (déplacement ascensionnel d'Audebert) ; dès lors, il peut laisser libre une voie qui paraissait définitivement obstruée.

La conduite à tenir quand on a reconnu un fibrome surajouté à une grossesse est simple. Supposons un fibrome abdo-

minal ou pelvien (peu importe à ce moment) accompagnant une grossesse dûment établie.

Premier cas. — La règle. — Le fibrome est bien toléré, que faut-il faire ? Il ne faut pas opérer, quel que soit le siège de la tumeur même *praevia*. Il ne faut pas irradier, sous peine de nuire au fœtus (enfant des rayons X, arriéré, micro-céphale). Il ne faut pas provoquer l'interruption de la grossesse, la grossesse passe avant le fibrome.

Deuxième cas. — L'exception. — Le fibrome entraîne une complication grave pendant la grossesse même ; phénomène infectieux, péritonéaux, infection sanguine par torsion, névralgie, suppuration, phénomènes d'occlusion ou de sub-occlusion (fibrome inclus), hémorragie, etc... L'indication opératoire reprend ses droits relatifs ou absolus selon les cas ; l'intervention pourra être conservatrice (myomectomie abdominale bien plus souvent que vaginale) ou mutilatrice (hystérectomie sub-totale ou totale avec ou sans césarienne préalable). En tout cas, après une conservatrice, ne pas oublier de morphiniser longuement l'opérée, pour éviter autant que possible l'avortement ou l'accouchement prématuré. Ainsi, devant une complication sérieuse, le fibrome passe avant la grossesse.

CHAPITRE IV

INDICATIONS ET RÉSULTATS DE LA MYOMECTOMIE ET DE L'HYSTÉRECTOMIE AU COURS DE LA GESTATION

Le rapport de Brindeau et la thèse de Barthélémy nous donnent les meilleurs renseignements de l'indication opératoire :

1) INDICATIONS

Dans les seize cas d'hyspérectomies et les deux cas de myomectomies pratiquées au cours de la gestation, de l'année 1911 à 1931, à la Maternité de Genève, les indications cliniques furent les suivantes :

- 1° Phénomènes douloureux au niveau du fibrome ;
- 2° Augmentation rapide du volume du fibrome sans accident ;
- 3° Troubles de compression ;
- 4° Tumeurs abdominales à diagnostic incertain ou erroné.

I. — PHÉNOMÈNES DOULOUREUX AU NIVEAU DU FIBROME

Ces manifestations douloureuses sont très fréquentes au cours de la grossesse au niveau des fibromes subissant une altération pathologiques, dues, le plus souvent, à la nécrobiose, à la contraction et plus rarement à la torsion d'un fibrome pédiculé.

a) LA NÉCROBIOSE.

Cette lésion, essentiellement aseptique, commandait, quatre fois sur seize cas (observations 539, 1912; 493, 1930; et les deux cas du Professeur Kœnig, page 20), l'hystérectomie par ces manifestations cliniques, l'intervention chirurgicale.

La nécrobiose paraît aujourd'hui plus fréquente en comparaison de sa rareté apparente d'autrefois, mais elle semble due à une meilleure observation des cas cliniques et à une étude plus soignée des symptômes souvent peu caractéristiques.

Cet accident s'observe aussi bien dans les fibromes pédiculés à pédicule plus ou moins long que dans une tumeur sénile ou interstitielle. La période d'apparition des manifestations morbides est variable.

1) Le début des manifestations douloureuses peut être brusque ou au contraire affecter une allure sub-aiguë.

Le début brusque se fait par une douleur aiguë localisée

au niveau de la tumeur. Elle s'accompagnait de pesanteurs vésicales, de sensations de brûlure lors de la miction et de l'augmentation de la constipation habituelle.

Le début sub-aigu se manifeste aussi par une douleur d'une moindre acuité, mais continue, sourde, sans accès paroxystiques. Ces phénomènes sont désespérants par leur persistance et amènent bientôt des modifications de l'état général.

2) A la période d'état, nous pouvons étudier :

La douleur, symptôme très important qui fera, par sa persistance sur un fibrome jusque-là silencieux, soupçonner la nécrobiose. Elle est fixe, localisée au niveau du fibrome ou s'accompagne d'irradiations dans des régions variables avec la situation de la tumeur et se faisant, soit dans les flancs ou dans les cuisses. On note en même temps de la pollakiurie et une constipation rebelle; parfois on trouve du météorisme abdominal.

L'état général est influencé par les produits toxiques charriés par le sang. La toxémie due à la nécrobiose provoque l'anémie des malades qui deviennent pâles, se fatiguent plus rapidement.

Enfin, la dyspnée peut devenir véritablement un danger. Cet état dyspnéique n'est dû qu'en partie aux troubles de compression réalisés par un volumineux fibrome à évolution galopante, mais plutôt à l'altération de l'état général que provoque la nécrobiose coexistante. L'albuminurie qui peut ap-

paraître au cours de la nécrobiose n'est notée dans aucune de nos observations. La température peut s'élever légèrement, d'une façon permanente, aux environs de $37^{\circ}6$, $37^{\circ}8$; le pouls est continuellement un peu rapide à 90. L'élévation thermique bien que légère, doit être systématiquement recherchée, car elle a une grande valeur diagnostique.

Les signes physiques aident de beaucoup au diagnostic. Au toucher et au palper combinés, on trouve la tumeur augmentée de volume, après chaque crise douloureuse, ou au cours des examens successifs dans des cas à évolution subaiguë. La consistance de la tumeur est inégale et on peut, par place, avoir l'impression d'une fluctuation de la masse; souvent le myome sera sensible, au toucher et palper ou même véritablement douloureux, mais nous n'avons pas trouvé ce signe dans nos observations.

b) LA TORSION DU PÉDICULE.

C'est un accident moins fréquent que la nécrobiose. A la Maternité de Genève, nous ne trouvons aucun cas. Cette complication est propre aux fibromes pédiculés et surviendra d'autant plus facilement que le point d'implantation du pédicule est plus éloigné de la ligne médiane de l'utérus. Les fibromes se trouvent aussi dans une situation labile, soit au niveau du fond de l'utérus, de ces bords latéraux ou enfin au niveau des cornes, au voisinage des trompes. Le changement du volume des viscères abdominaux et les contractions

musculaires de la paroi abdominale au moment de l'effort sont les cause occasionnelles de la réalisation de cette complication.

Le début des accidents peut être brutal, cas où la torsion s'effectue avec rapidité ou d'une évolution plus lente.

1) Dans le cas de torsion brusque, les accidents sont très proches dans leur symptomatologie, de ceux d'une rupture de grossesse ectopique, du début d'une appendicite ou enfin d'une torsion de kyste de l'ovaire. Les erreurs de diagnostic sont donc possible, la douleur est généralement d'après Brindeau (le signal symptôme). Elle est très vive, localisée ou irradié et s'étend bientôt à tout l'abdomen. Au palper, on trouve une défense musculaire et de la douleur à la pression de la masse fibromateuse, qui est tendue et augmentée de volume. Les fibromes antérieurement mobiles seront trouvés immobiles et accolés au côté de l'utérus.

L'évolution se fait rarement d'emblée au cours de la première crise vers la péritonite, car les accidents ont plutôt tendance à évoluer par crises répétées.

Les phénomènes graves du début cèdent alors sous l'influence du traitement médical et il ne reste bientôt de cet état alarmant qu'un endolorissement sourd qui fixe l'attention de la malade sur la région qui est le siège du fibrome, mais bientôt de nouvelles crises surviennent de plus en plus rapprochées et à un moment donné la douleur peut devenir continue. L'état général est touché à son tour, des nausées et des

vomissements surviennent et l'intervention chirurgicale trouvera alors son indication dans la persistance de la douleur et dans l'altération de l'état général, si elle avait été différée au moment de la première crise (Barthélémy).

2) La torsion lente est d'une évolution moins caractéristique; elle ne pose l'indication opératoire que par la répétition et la persistance des accidents qui peuvent soudain changer l'allure et prendre l'aspect de la torsion aiguë et son évolution.

II. — AUGMENTATION RAPIDE DU VOLUME DU FIBROME, SANS ACCIDENT

L'accroissement rapide, progressif ou par poussées du volume du myome a posé dans deux cas, observés à la Maternité de Genève, l'indication de l'hystérectomie.

Dans le premier cas (obs. 539, 1912), l'augmentation rapide, trois mois après l'accouchement, la fièvre inexplicable dans les suites de couches, soulignée par des poussées d'accroissements, n'était qu'un des facteurs forçant à l'intervention, car la nécrobiose massive de la volumineuse tumeur causant une altération extrêmement grave de l'état général était bien plus importante à ce point de vue.

La seconde intervention (obs. 167, 1922) a son intérêt dans son accroissement rapide, après le curettage, avec crises douloureuses, sensation de pesanteur et métrorragie, avec la conservation d'un bon état général.

L'indication d'intervenir n'était donc commandée que par cette augmentation démesurée de la masse fibreuse et son évolution rapide ; dans le premier cas, on a trouvé un volumineux fibrome en état de dégénérescence aseptique.

III. — TROUBLES DE COMPRESSION

Ils sont surtout du ressort des fibromes à situation pelvienne dont les observations de la Maternité de Genève relèvent, un cas intéressant (obs. 310, 1927).

La symptomatologie clinique est essentiellement variable selon l'organe intéressé par la compression, souvent ce ne sont que des modifications frustes intéressant dans une proportion variable tous les organes pelviens qui ne posent généralement pas l'indication à intervenir.

Il en était ainsi pour les accidents intestinaux légers par compression, dont nous avons observés quelques cas, se manifestant par une constipation plus ou moins rebelle, mais les troubles ne sont jamais arrivés, dans aucune de nos observations à une gravité telle que l'intervention chirurgicale dut en écouler.

La compression veineuse et les douleurs névralgiques, bien que fréquemment mentionnées dans nos observations, ne furent jamais seules à la base de l'indication d'intervention chirurgicale, mais constituant plutôt des troubles accessoires.

Bien plus graves furent les troubles de compression de

l'appareil urinaire inférieur, se manifestant dans notre cas (obs. 310, 1925) par la rétention d'urine.

La cause de la rétention est très rarement un fibrome de la paroi antérieure du segment inférieur. Dans la plus grande majorité des cas, c'est un fibrome postérieur qui provoque cette complication par un mécanisme différent selon l'origine du fibrome en cause. Si celui-ci s'est développé dans le segment inférieur, il s'enclavera en s'hypertrophiant dans la concavité du sacrum et l'utérus continuera son évolution au dépens de la paroi antérieure; ce qui amène des modifications importantes dans les rapports des parois du sphincter de l'urèthre, cause efficientes de la rétention (De Nève).

L'autre variété de myome pouvant créer la rétention d'urine est un fibrome pédiculé dont la base s'insère sur le corps utérin, il déterminera la rétention par refoulement et aplatissement de l'urèthre, contre le pubis (De Nève).

Notre cas ne répond ni à l'une ni à l'autre variété et la rétention est due probablement à la compression de l'urèthre par le noyau fibromateux de la paroi antérieure du vagin ou par le fibrome de la paroi antérieure de l'utérus.

L'intervention faite précocement a empêché la stagnation de l'urine et la dilatation des voies excrétrices, cause si fréquente d'infection urinaire.

IV. — TUMEURS ABDOMINALES A DIAGNOSTIC INCERTAIN OU ERRONÉ

Dans onze cas de nos observations nous relevons :

8 fois un diagnostic erroné ;

3 fois un diagnostic incertain.

Dans les huit cas de diagnostics erronés, on pensait à un pyosalpinx, à un kyste de l'ovaire, à kyste et myome, aux tumeurs abdominales, à la rétention placentaire, vu les symptomatologies imprécises que présentaient les malades.

Dans les trois cas de diagnostics incertains, on pensait à la grossesse compliquée de fibrome, sans pouvoir l'affirmer. Une fois le ventre ouvert, le diagnostic s'affirme et on procède à l'hystérectomie.

2) TECHNIQUE

L'intervention au cours de la gestation n'est donc jamais pratiquée systématiquement, mais subordonnée à une indication citée. Celle-ci commande une laparotomie faite avec l'idée arrêtée de procéder à une myomectomie, si la chose est possible, sinon, on se résigne à pratiquer l'hystérectomie.

3) RÉSULTATS

I. — MORBIDITÉ

En consultant les observations d'hystérectomies pratiquées à la Maternité de Genève, on ne relève qu'un cas de récive

(obs. 49, 1928) se manifestant par l'implantation d'un noyau fibromateux dans le Douglas; dans les autres cas (excepté le cas de mort) on ne trouve rien d'anormal dans les suites opératoires.

II. — MORTALITÉ

Sur les treize hystérectomies et les deux myomectomies pratiquées, nous trouvons un cas se terminant par la mort de la femme dans les suites opératoires (obs. 307, 1929). Il s'agissait d'un exitus dû à une péritonite purulente à streptocoques ainsi que l'autopsie l'a montré.

Hysterectomies pratiquées à la Maternité de Genève pendant la gestation

Premier cas. — Observation 159, (1911)

Malade de 35 ans, antécédents r. d. p.; réglée à 14 ans R. Rég., durée 3-4 j., peu abondantes et non douloureuses; ni accouchement, ni fausse-couche, ni leucorrhée. D. R. fin janvier.

Depuis deux ans environ, le ventre de la malade augmente progressivement de volume et elle éprouve des tiraillements douloureux dans les régions lombaires, sans aucune modification des règles. Depuis la fin janvier le développement de l'abdomen s'accroît rapidement et la malade ressent une sensation de pesanteur au ventre. Les tiraillements s'ac-

cusent plus douloureux, s'irradient vers l'abdomen jusqu'aux jambes. Les mictions sont fréquentes, peu abondantes ; les selles deviennent rares et douloureuses ; la respiration se fait difficilement et l'état s'altère ; insomnie, troubles intestinaux, amaigrissement.

Le 3 mai 1911, inspection : abdomen augmenté de volume, asymétrique, surtout du côté droit.

Palpation : on sent une tumeur de consistance kystique peu mobile, qui remonte jusqu'à trois travers de doigt, mate sur toute son étendue. Auscultation : 0.

Pas de colostrum dans les seins et les organes génitaux externes ne présentent aucune coloration particulière.

Toucher : Le vagin est lisse, le col ramolli, l'utérus fait corps avec la tumeur ; dans le Douglas, on sent une résistance molle. Pouls : 130 ; au début, on pense à une tumeur myomateuse avec grossesse, mais devant l'absence de troubles antérieurs de la menstruation, on envisage la possibilité d'un kyste intraligamentaire. La malade est gardée en observation.

Le 16 Mai 1911, les douleurs augmentent, l'état général est peu brillant et étant donné l'incertitude du diagnostic on se décide à intervenir. Laparotomie médiane. L'abdomen ouvert, on constate que l'utérus est le siège d'une tumeur correspondant à une grossesse de huit mois environ. Les veines sont très dilatées, une proéminence myomateuse plonge dans le Douglas. Les annexes ne présentent rien de particulier. Le diagnostic de myome et grossesse s'affirme. Hystérecto-

mie totale opérateur Beuttner. Fermeture de l'abdomen. Guérison. La pièce anatomique présente un utérus gravide de quatre mois et une tumeur myomateuse molle et fluctuante.

Deuxième cas. — Observation 472 (1911)

Malade de 37 ans, antécédents r. d. p., réglée à 13 ans. R. rég., durée 3-4 j., peu abondantes et douloureuses. Il y a quinze ans, la malade constate une grosseur du volume d'une mandarine, mobile, indolore, dans la fosse iliaque droite, sans aucun trouble. En 1910, elle constate une nouvelle grosseur est accompagnée de douleurs dans l'abdomen. D. R. fin mai 1911. A partir du mois de juin 1911, l'abdomen augmente petit à petit de volume, elle ressent des malaises et de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite. Au mois d'août, le diagnostic de myome est porté. Sous l'influence du repos et d'un traitement médical, les douleurs s'apaisent et la malade rentre chez elle.

Le 25 Novembre, nouvelles crises douloureuses dans l'abdomen, plus fortes que les précédentes accompagnées de vomissements nombreux.

A l'entrée, le 2 décembre 1911. Inspection : l'abdomen tendu, extrêmement douloureux.

Palpation : surtout dans la fosse iliaque droite, l'abdomen est augmenté de volume comme une grossesse de six mois environ. Dans la région hypogastrique, de chaque côté de la ligne médiane, on remarque deux bosselures, de con-

sistance dure, du volume d'une mandarine. Dans la ligne médiane, une autre tumeur de la grandeur d'un œuf de poule. La palpation de ces bosselures est très douloureuse et elles paraissent faire partie du corps utérin. La vulve est violacée.

Toucher : le col est très ramolli, on sent dans le cul-de-sac latéral droit, une masse de consistance dure, très mobile, de la grosseur d'une tête fœtale de 5 mois $\frac{1}{2}$; colostrum dans le sein droit.

Auscultation : souffle utérin et bruit du cœur fœtal à droite. La température est de 38° ; le pouls rapide; la malade se plaint de violentes douleurs dans l'abdomen et le repos au lit n'est possible que sur le côté gauche. Les vomissements sont fréquents. On fait le diagnostic de grossesse et myome et la malade souffrant beaucoup, on décide de pratiquer une laparotomie le 6 décembre 1911. On tombe sur un utérus gravide de 7 mois $\frac{1}{2}$, farci de myomes dont l'un atteint un volume d'un petit poing. Hystérectomie subtotale, opérateur Beuttner. Guérison.

Troisième cas. — Observation 258 (1912)

Malade de 35 ans, réglée à 13 ans. R. rég. normales durée 3 j., un accouchement normal et une fausse-couche. Depuis ses dernières règles, la malade sent des douleurs dans le bas-ventre, le 4-11-1912, elle perd du sang; l'examen montre un col un peu haut et tourné en avant; dans le cul-de-sac antérieur, il y a une résistance dure, arrondie, grosse comme

une petite noix ; elle est en relation directe avec une masse dure située à la ligne médiane et dépassant la symphyse de cinq travers de doigt ; cette masse est mobile et un peu sensible à la pression. Dans le cul-de-sac postérieur, il y a une masse irrégulière ressemblant à un pyosalpinx ; on met une laminaire qu'on enlève le lendemain, car les douleurs sont insupportables et on tamponne. T. 40. Pouls, 120 ; on enlève le tampon et on fait une injection qui ramène des débris de membranes.

Le 18-11-1912, laparotomie, opérateur Beuttner ; l'abdomen ouvert, on constate un fibrome de la paroi ant. et un utérus gravide de deux mois environ. Hystérectomie totale et fermeture de l'abdomen.

La pièce anatomique présente un œuf clair ancien, âgé de deux mois, ne possédant pas d'embryon. Guérison.

Quatrième cas. — Observation 539 (1912)

Malade de 26 ans, antécédents r. d. p. ; R. irrég., abondantes, durée 8 jours ; un accouchement normal. Température pendant les suites de couches : examen et diagnostic d'un fibrome utérin interstitiel. La malade refuse l'opération. Elle rentre en Italie, consulte un médecin, à Florence, qui diagnostique un kyste de l'ovaire et conseille une opération d'urgence ; la malade consent, mais à l'ouverture du ventre, le praticien reconnaît son erreur et diagnostique le fibrome, ferme la plaie sans l'extirper. La malade revient à Genève

où l'on constate que le fibrome avait passablement augmenté de volume pendant les trois mois qui suivaient l'accouchement. Les règles ont augmenté d'intensité; pas de métrorragie ni de phénomènes de compression.

Le 21-11-1912, laparotomie et hystérectomie subtotale, opérateur Beuttner.

La pièce anatomique montre une matrice tout à fait déformée. Cette déformation est due à une tumeur siégeant à la paroi postérieure. Cette tumeur a une forme presque régulièrement sphérique avec un diamètre de 13 cent. A la coupe, la tumeur présente de nombreuses cavités de ramollissement remplies de liquide séreux.

Suites opératoires avec légère température. Guérison.

Cinquième cas. — Observation 574 (1913)

Malade de 38 ans antécédents r. d. p.; réglée à 17 ans. R. irrég. depuis deux ans, durée 3 à 4 jours, peu abondantes et légèrement douloureuses. Trois accouchements à terme et normaux et une fausse-couche de six semaines. D. R. le 26 novembre 1913. Lors de son dernier accouchement, en 1908, la sage-femme lui parle de déplacement de la matrice, sans aucun malaise. En août 1913, des douleurs apparaissent, bien localisées dans la fosse iliaque gauche. Ces douleurs sont sourdes et peu accentuées. Les règles continuent à être irrégulières, mais il ne se produit jamais ni de ménorragies ni de métrorragies. L'état général reste bon. En octobre 1913,

les douleurs deviennent plus violentes. Le 1^{er} décembre 1913
status d'entrée : Inspection aux organes génitaux externes
légère rectocèle et cystocèle.

Toucher : le col est abaissé ; ferme, l'utérus petit en anté-
flexion. A la corne utérine, droite, on sent un petit noyau
dur, indolore. Dans le cul-de-sac droit, r. d. p. Directement
accolé à la face postérieure de l'utérus, et se propageant du
côté gauche, on constate une résistance dure allongée, ovoïde,
allant jusqu'à deux travers de doigt en dedans de l'épine ilia-
que antéro-supérieure. Sur la face postérieure de cette tumeur
en est greffé une autre de consistance plus élastique, égale-
ment indolore et remontant jusqu'à un travers de doigt au-
dessus de l'épine antéro-supérieure. Cette dernière résistance
est globuleuse ; son pôle inférieur bombe dans le cul-de-sac
gauche et son bord latéral droit dépasse la ligne médiane de
l'abdomen d'un cent. Au spéculum, r. d. p. Diagnostc, kyste
et myome.

Le 9 décembre 1913, laparotomie transversale. L'abdo-
men ouvert, on constate que le petit bassin est occupé par
une tumeur violacée de la grosseur d'une grosse orange, re-
tenue en arrière par une masse que l'on sent dans le Douglas.
On l'amène à la surface et l'on constate alors que la tumeur
postérieure est un noyau myomateux, tandis que l'antérieur
est la matrice gravide de deux mois environ. Hystérectomie
subtotale. Opérateur Beuttner, appendicectomie. Fermeture
de l'abdomen. Guérison.

La pièce anatomique présente un myome du volume d'une orange à sa moitié inférieure et un œuf de deux mois environ à sa moitié supérieure.

Sixième cas. — Observation 444 (1917)

Malade de 44 ans, sa mère est morte de carcinome utérin. Elle-même a souffert de pleurésie et d'une fluxion de poitrine il y a quatorze ans. Réglée à 13 ans. R. rég., abondantes, durée 4 à 5 jours. 4 accouchements normaux et 3 fausses-couches provoquées. Lors du dernier curettage, le médecin découvre une matrice fibromateuse et conseille l'opération à la malade qui ne consent pas. Depuis ce temps, la malade a des caillots foncés, pendant ses règles sans autre modification. Depuis deux mois, la malade est constipée, va difficilement à la selle et accuse une pesanteur dans le bas-ventre; la jambe gauche s'œdématie et s'engourdit après une légère fatigue.

D. R. le 10 juillet 1917. Statuts d'entrée : glande de Bartholin augmentée de volume et kystique du côté gauche; dans le canal de cette glande on sent un noyau dur faisant corps avec l'utérus. Col augmenté de volume, utérus de volume, comme un utérus gravide de quatre mois, à surface irrégulière de consistance dure. Du côté droit, on sent également des noyaux durs faisant corps avec l'utérus. Pas de colostrum dans les seins. Diagnostic : fibrome et grossesse.

On décide d'opérer, jugeant que les troubles dûs au fi-

brome et à son développement bas, la grosseur diagnostiquée, amène forcément d'autres complications.

Le 18-11-1917, laparotomie, opérateur Beuttner. L'abdomen ouvert, on arrive sur une tumeur de consistance mi-dure et fortement vascularisée, développée surtout dans la paroi postérieure de l'utérus. A sa surface, on constate des petits noyaux durs. Hystérectomie subtotale, fermeture du ventre. La pièce anatomique, présente une tumeur myomateuse de la grosseur d'un utérus gravide de quatre mois particulièrement développée sur la paroi postérieure de l'utérus et un œuf de deux mois environ. Guérison.

Septième cas. — Observation 341 (1918)

Malade de 48 ans, réglée à 14 ans. R. rég. et abondantes, durée 2 jours. D. R. le 3 avrli 1918. Son ventre est gros depuis quatre ans; depuis une année, elle s'est aperçue de la présence d'une tumeur dans le bas-ventre. Il y a un mois, cette tumeur a changé de direction c'est-à-dire qu'au lieu de se développer dans le bas-ventre, elle monte petit à petit vers l'abdomen, en même temps, la malade accuse des vomissements et une bizarrerie de goût très prononcée. En outre, elle est très constipée; douleurs et pesanteur dans le bas-ventre; status d'entrée, inspection : ventre augmenté de volume surtout dans sa moitié supérieure et à droite.

Palpation : on sent une tumeur fibromateuse qui s'élève jusqu'à quatre doigts au-dessus de l'arc costal droit. Cette

tumeur sort du bassin et on constate une autre tumeur de consistance beaucoup plus molle dépassant l'ombilic de deux doigts, séparée de la précédente par un sillon.

Toucher : le col est situé en arrière, un peu hypertrophié à peine ramolli. En rapport direct avec lui, se trouve la tumeur fibromateuse qui va du côté droit et qui occupe tout le cu-de-sac latéral droit et antérieur. Le pôle de la tumeur droite est douloureux à la palpation. Auscultation : o. Diagnostic : grossesse et fibrome.

Le 30-7-1918, laparotomie médiane, opérateur Beuttner. L'abdomen ouvert, on constate une matrice enceinte de quatre mois environ, fibromateuse avec un gros noyau fibromateux légèrement ramolli. Hystérectomie subtotale. Fermeture du ventre. Guérison.

La pièce anatomique présente un grand noyau fibromateux à la partie supérieure et à droite et un fœtus de cinq mois.

Huitième cas. — Observation 108 (1925)

Malade de 33 ans, réglée à 14 ans. R. rég., durée : 4 jours; deux accouchements normaux et quatre avortements provoqués. D. R. le 4-11-1925; elle avait le ventre un peu gros depuis des années, avec sensation de pesanteur sans rapport avec la période menstruelle. Depuis deux mois, la malade constate que le volume de son ventre augmente sensible-

ment, sans douleur, ni constipation, ni troubles à la miction, ni autres, sauf une nervosité bien prononcée.

Le 25-3-1925, inspection : abdomen augmenté de volume, surtout dans sa partie sous-ombilicale, correspondant à une grossesse de six mois environ, vergetures anciennes, nombreuses ; ligne blanche pigmentée.

Palpation : on rencontre une tumeur remontant du petit bassin jusqu'à la hauteur de l'ombilic, de surface assez lisse et régulière, de consistance dure, indolore, assez mobile. Ailleurs, l'abdomen est souple et indolore.

Percussion : matité dans la région de la tumeur mentionnée.

Toucher : vagin large, long ; col refoulé derrière la symphyse, orifice extérieur de multipare, fermé, regardant en avant ; le col n'est pas très dur, un peu mobile. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur arrondie, un peu sensible, peu mobile, de consistance peu dure, de surface assez régulière. A gauche, elle occupe une partie plus grande du cul-de-sac latéral, qu'à droite ; on y sent, en outre, une petite tumeur arrondie, mobile, sensible qui paraît être un ovaire. A droite, le cul-de-sac est assez souple. La tumeur mentionnée plus haut paraît être en relation avec l'utérus puisque le col bouge non seulement quand on déprime, mais aussi quand on le refoule en haut.

Au spéculum, on voit la muqueuse vaginale très rouge, le col peu violacé et des pertes muqueuses blanchâtres. Dia-

gnostic, grossesse de six semaines probable ? Utérus fibromateux ? Tumeur de l'ovaire ?

Le 27-3-1925, laparotomie longitudinale. L'abdomen ouvert, on trouve un fibrome intraligamentaire droit et une matrice enceinte de six semaines. Hystérectomie subtotale. Opérateur, Beuttner. Fermeture du ventre. Guérison.

La pièce anatomique montre un myome intraligamentaire droit tenant au col par un pédicule court et un œuf de deux mois environ.

Neuvième cas. — Observation 310 (1925)

Nullipare, 32 ans, réglée à 16 ans. Ré rég., peu abondantes, durée : 4 jours. D. R., le 12 juillet 1925. La malade sent des douleurs fréquentes dans l'hypogastre droit, puis dans celui de gauche ; son ventre augmente de volume. A son entrée, la malade se plaint d'une sensation de pesanteur et de tension dans l'abdomen, avec un amaigrissement de deux kilos pendant dix mois.

Inspection : abdomen distendu avec prédominance du côté droit, développement du réseau veineux dans les flancs : circonférence à la hauteur de l'ombilic 86 cent. Rétention d'urine.

Palpation : on sent une masse dure qui remplit tout l'abdomen sort du bassin et se lève à trois travers de doigt à droite et à gauche atteignant le rebord costal, avec proéminence plus marquée à droite. Cette masse occupe également

les flancs et les fosses iliaques; elle est de surface lisse et régulière, de consistance dure, sans mobilité latérale.

Percussion : matité absolue sur toute la région de la tumeur. Les deux régions supra-inguinales sont sonores.

Toucher : Parties génitales externes normales. Hymen en forme de collerette, vagin large, à parois lisses; col en avant, abaissé, très mou, orifice externe en forme de fossettes; les culs-de-sac sont souples; impossible de délimiter le corps utérin; la tumeur semble être en rapport avec le col. Par l'examen rectal, on sent derrière le col et au-dessus de lui une masse de surface irrégulière, de consistance molle qui semble se continuer directement avec le col. Diagnostic : tumeur abdominale.

Le 13-10-1925, laparotomie médiane. L'abdomen ouvert, on constate la présence d'un fibrome partant de la paroi antérieure de l'utérus qui est refoulé en arrière, augmenté de volume, paraissant gravidé de deux mois environ. Hystérectomie subtotalé. Opérateur, Beuttner et extirpation d'un noyau fibromateux implanté sur la paroi antérieure du vagin. Péritonisation; appendicectomie; fermeture du ventre. Guérison.

La pièce anatomique montre un fibro-myome de la paroi antérieure de l'utérus et un utérus gravidé de deux mois environ.

Dixième cas. — Observation 260 (1926)

Malade de 39 ans. Régée à 10 ans $\frac{1}{2}$. R. rég., abondan-

tes, durée 5 jours; deux accouchements normaux, deux avortements accidentels. D. R. le 2 Juin 1926. Depuis longtemps, la malade se sent oppressée la nuit quand elle se réveille; elle a l'impression de grossir avant chaque époque.

A l'entrée, inspection : vergetures anciennes, abdomen augmenté de volume, comme une grossesse de six mois environ, vulve légèrement violacée; la malade perd passablement de sang.

Palpation : résistance à la hauteur de l'ombilic où l'on sent un noyau dur s'étendant dans les deux fosses iliaques surtout du côté droit où se trouve un second noyau dur, allongé; à part ces noyaux durs, la consistance de la tumeur est élastique. Colostrum dans les seins.

Toucher : Col très haut derrière la symphyse en rétroversion; dans le cul-de-sac postérieur, résistance qui proémine, irrégulière, un peu ramollie pouvant être le corps de l'utérus. Diagnostic : myome et grossesse. Radiographie : 0.

Une grossesse ne pouvant évoluer à terme dans ces conditions, on intervient.

Le 6-8-1926, laparotomie médiane sous-ombilicale. L'abdomen ouvert, on voit la matrice augmenter de volume comme pour une grossesse de cinq mois, de couleur rouge, violacée de consistance molle, de surface bosselée. La matrice porte de nombreux noyaux fibromateux notamment à droite, en arrière du col et près de lui. Hystérectomie subtotal, opérateur Beuttner. Fermeture de l'abdomen. Guérison.

La pièce anatomique montre une grossesse de deux mois environ et un fibro-myome interstitiel de l'utérus.

Onzième cas. — Observation 49 (1928)

Veuve de 42 ans, réglée à 15 ans. R. rég., peu abondantes; durée, 3 jours. Un accouchement terminé par le forceps. D. R., novembre 1927. L'abdomen augmente de volume.

Inspection : abdomen augmenté de volume dans sa partie sous-ombilicale surtout à droite.

Palpation : on sent une résistance remontant à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette résistance bombe à droite où elle dépasse la ligne médiane de 10 cent. et continue à gauche de la ligne médiane, descend dans le bassin, de consistance élastique.

Toucher : Organes génitaux externes un peu bleuâtres, col en position normale, assez ferme. Dans le cul-de-sac latéral droit et remontant très haut, on sent indistinctement la résistance sentie par la palpation externe, et qui semble être la matrice augmentée de volume; à gauche de la ligne médiane, on sent une résistance dure, de la grosseur d'une orange. Auscultation : souffle utérin. Radio : 0. La malade avoue avoir eu des relations, on pense à une grossesse ? à un fibrome ? à un kyste ?

Le 14-11-1928, laparotomie longitudinale; l'abdomen ouvert, on se trouve en présence d'une tumeur violacée remon-

tant jusqu'à l'ombilic et qui est la matrice gravide. Sur sa face antérieure, se trouve un noyau de la grosseur d'un abricot. La région du col est occupée, à gauche, par un noyau fibromateux de la grosseur d'une grosse orange. Hystérectomie subtotal. Opérateur, Beuttner. Fermeture du ventre. Guérison avec un col en position normale, petit, mobile, indolore; le cul-de-sac est un peu infiltré, raccourci; dans le cul-de-sac gauche, on sent une résistance de la grosseur d'un œuf de poule, de consistance dure, peu mobile, indolore.

La pièce anatomique montre un fœtus de 4 mois avec placenta, un myome myxomateux dans la paroi antérieure et postérieure.

Douzième cas. — Observation 307 (1929)

Nullipare de 39 ans, réglée à 12 ans. R. rég., fortes; durée, 5-6 jours; D. R., 17 mai. Pertes blanches depuis; depuis deux mois, aménorrhée, la malade sent une grosseur dans la fosse iliaque gauche, vomissements.

Inspection : abdomen légèrement augmenté de volume à gauche.

Palpation : une résistance sur la ligne médiane qui remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; à gauche, elle remonte jusqu'à la ligne mamillaire et se développe à droite jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieur; elle est dure et peu sensible. Toucher : col de nullipare dévié à gauche un peu relâché. On ne sent pas distinctement le corps de l'uté-

rus, les résistances déterminées par la palpation sont mobiles.

Laparotomie médiane sous-ombilicale ; l'abdomen ouvert, on voit l'utérus augmenté de volume comme pour une grossesse de quatre mois, irrégulier, myomateux sur la corne utérine droite, un myome sous-séreux comme un poing à base large ; sur la corne utérine gauche, un myome pédiculé du volume d'un poing ; l'utérus est cyanosé, vascularisé.

Hystérectomie subtotale, opérateur Beutner. La pièce anatomique montre un myome des deux cornes utérines et un embryon de 1 $\frac{1}{2}$ cent.

Suites opératoires : T. 40 ; pouls, 130 ; exitus par péritonite purulente à streptocoques selon l'autopsie.

Treizième cas. — Observation 96 (1931)

Malade de 26 ans, antécédents : r. d. p. ; réglée à 15 ans. R. irrég. ; D. R^e le 12-12-1930.

Au mois de décembre, elle remarque une tuméfaction au-dessus de la symphyse, qui augmente de volume rapidement. Au début de la grossesse, en même temps, douleurs dans le bas-ventre qui s'exacerbent le 24-11-1931.

Inspection : abdomen augmenté de volume comme pour une grossesse de 7 mois ; pas de colostrum.

Palpation : une tuméfaction de consistance rénitente qui se perd dans le bassin ; elle remonte jusqu'au rebord costal droit ; à gauche, elle dépasse l'ombilic de deux doigts et a

la forme d'un utérus gravide de 6 à 7 mois. La tumeur laisse une sensation de crépitation neigeuse.

Toucher : vulve cyanosée, col rejeté fortement en avant ; la tumeur est dure, rénitente en continuité avec le col ; dans le cul-de-sac postérieur, la consistance de la tumeur est élastique rénitente. Sédimentaion globulaire 23. G. B. 12800.

Diagnostic : fibro-myome de l'utérus gravide de trois semaines. Hystérectomie subtotale ; opérateur, Professeur Kœnig. Guérison.

La pièce anatomique présente un fibro-myome de l'utérus gravide de treize semaines.

Nous voyons donc que l'indication opératoire dans les treize cas de nos observations fut :

- 1° Phénomènes douloureux au niveau du fibrome ;
- 3° Augmentation rapide du volume du fibrome sans accident ;
- 3° Menace d'hémorragie ;
- 4° Troubles de compression ;
- 5° Danger d'infection.

Voyant que la grossesse ne pouvait évoluer jusqu'au terme dans ces conditions, sans complication grave, l'hystérectomie était le seul traitement pour sauver les malades.

DEUX CAS DE MYOMECTOMIE

Premier cas. — Observation 67 (1914)

Malade de 34 ans, son père est mort d'une méningite,

autrement r. d. p. Réglée à 16 ans. R. rég. Durée, 3-4 jours, peu abondantes, un peu douloureuses. Pas de leucorrhée. D. R. le 1^{er} octobre 1913. Ni accouchement, ni fausse-couche.

Depuis deux ou trois ans, ses règles sont devenues un peu irrégulières; pas de douleurs spéciales, ni de métrorragies, ni de ménorragies; il y a trois mois débutèrent des légères douleurs; dans le bas-ventre, r. d. p.

Inspection : abdomen r. d. p.

Toucher : col ramolli, abaissé, dévié à l'avant, ouvert pour le bout du doigt. Le corps est antéfléchi, mou, indolore, augmenté de volume comme une grossesse de trois mois environ. Dans le cul-de-sac postérieur, une tumeur arrondie, un peu irrégulière, dure, ramollie, par place, de la grosseur d'une orange. On ne peut pas bien délimiter ses relations avec l'utérus; il semblerait même par le toucher rectal qu'elle est un peu fixée au sacrum. Diagnostic : grossesse de cinq mois et myome enclavé dans la paroi postérieure; cette masse est douloureuse.

Le 5-1-1914, laparotomie médiane. Utérus augmenté de volume comme une grossesse de cinq mois, de couleur violacée et de consistance pâteuse. Dans le Douglas, une tumeur fibreuse, du volume d'une orange très profondément située sur le segment inférieur de la paroi postérieure de l'utérus. Un petit noyau gros comme une amande est visible sur la paroi antérieure. On dégage le myome en-

clavé dans le Douglas, on fait facilement une énucléation sans ouvrir la cavité utérine; on replace l'utérus dans la cavité abdominale; fermeture du ventre.

Le 24 janvier 1914, sortie : utérus antéféchi, augmenté de volume comme une grossesse de 5 mois $\frac{1}{2}$ environ; culs-de-sac souples et indolores. La grossesse continue.

Deuxième cas. — Observation 137 (1928)

Malade de 31 ans, réglée à 13 ans. R. rég., abondantes; durée, 5 jours; leucorrhées abondantes pendant la grossesse; deux accouchements normaux; D. R. le 8 janvier 1928. Enceinte de trois mois, la malade constate l'apparition d'une grosseur dans le flanc droit.

Inspection : abdomen ballonné, adipeux, réseaux vasculaires.

Palpation : Dans le flanc droit, une résistance arrivant au niveau de la ligne bi-épine par son bord inférieur, semblant avoir un grand diamètre de 4 travers de doigt et arrivant à trois travers de doigt du rebord costal. Cette tumeur est assez bien délimitée; son bord interne est tranchant, elle est légèrement mobile latéralement mais moins de haut en bas; sa forme est régulière de consistance dure et indolore.

Toucher : col de multipare très en arrière de la ligne intersspinale, ramolli, lèvre antérieure proéminente. L'orifice externe est perméable pour le bout du doigt. L'utérus est en antéflexion, augmenté de volume comme pour une grossesse

de 3 mois environ de consistance normale pour un utérus gravid. Signe d'Hegar positif. Paramètres libres. Il ne semble y avoir aucune relation entre la matrice et la tumeur.

Spéculum : col de multipare sans érosion ni ulcération. Diagnostic : grossesse de 3 mois et tumeur du flanc droit. Radio : tumeur dans le flanc droit. Souffrances.

Le 19-4-1928, laparotomie médiane sous-ombilicale; l'abdomen ouvert, on constate que la tumeur appartient à la paroi abdominale. Extirpation sans toucher la matrice. Fermeture. La pièce anatomique présente une tumeur fibreuse provenant de l'aponévrose profonde du grand droit de l'abdomen.

La malade quitte la clinique le 3-5-1928 : col de multipare en position normale ramolli pour la pulpe du doigt. Utérus en antéflexion, augmenté de volume comme pour une grossesse de 4 mois environ. R. d. p. dans les culs-de-sac. La grossesse continue.

Dans la majorité des cas, la grossesse compliquée de fibrome évolue sans complication; plusieurs exemples confirment cette idée. Nous pouvons citer, pour notre observation personnelle, les cas des deux nullipares qui furent observées à la Maternité de Genève en 1928 et 1931 et où on a jugé ne devoir rien faire, vu le manque absolu des troubles; on a laissé la grossesse évoluer sous réserve d'intervenir plus tard. Nous restons, malheureusement, sans nouvelles de nos deux parturientes.

Premier cas. — Observation 401 (1928)

Nullipare de 34 ans, réglée à 18 ans. R. rég., faibles; durée, 3 jours; D. R. le 15 septembre 1929. Aménorrhée en octobre; depuis 8 jours, la malade a des douleurs dans la fosse iliaque droite où elle sent une grosseur sensible.

Inspection : abdomen un peu augmenté de volume dans sa partie sous-ombilicale.

Palpation : Au-dessus de la symphyse, on sent une tumeur qui remonte dans la ligne médiane à mi-chemin entre la symphyse et l'ombilic. Elle est un peu plus développée à droite et dépasse la ligne mamillaire, d'une consistance très dure, sensible à droite. Toucher : vulve, vagin, r. d. p.; col abaissé en avant de la ligne interspinale en rétroversion, de consistance ramollie. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent l'utérus ramolli remontant assez haut comme un utérus gravide de quatre mois. En avant de l'utérus, au-dessus de la symphyse, se trouve une tumeur très dure, pédiculée, mobile, un peu sensible. La palpation abdominale permet de constater que l'on peut immobiliser la tumeur à gauche et à droite.

Spéculum : col de nullipare sans érosion ni ulcération. Toucher rectal : l'utérus dans le cul-de-sac postérieur. Diagnostic : utérus myomateux et grossesse. Pour conserver la grossesse, on fait un pneumopéritoine avec infiltration de 700 cc. d'air filtré. La radio montre une tumeur non pédicu-

lisée. L'état de la malade s'améliore ; on la laisse rentrer chez elle pensant qu'une césarienne aidera à l'accouchement.

Deuxième cas. — Observation 149 (1931)

Nullipare de 36 ans, sans antécédents, réglée à 16 ans $\frac{1}{2}$. R. rég., durée, 5 jours. D. R. le 8-1-1931. Depuis le mois de février, douleurs dans le bas-ventre ; ces douleurs augmentent d'intensité depuis le mois d'avril ; brûlures à la miction.

Inspection : seins peu développés, abdomen plat et symétrique, pas de vergeture.

Palpation : abdomen souple, matité à gauche, indolore, fosse iliaque droite et loge rénale douloureuses à la pression ; au milieu du ventre, une tuméfaction qui monte à mi-chemin entre ombilic et symphyse, semble correspondre à l'utérus gravide. Une autre tumeur de consistance plus ferme se trouve à gauche de l'utérus et semble accolé à celui-ci.

Toucher : col de nullipare ramolli, utérus nettement gravide à mi-chemin entre l'ombilic et la symphyse ; un noyau fibromateux dans la corne gauche, séparé de l'utérus, rénitent ; sur le rebord droit, quelques petites irrégularités. Spéculum : col r. d. p., vulve et vagin cyanosés. Diagnostic : fibrome et grossesse de trois mois. Cystoscopie, ulcération gravide de la vessie ; urine : coli et G. B. Jugeant qu'une intervention n'est pas nécessaire pour le moment on laisse partir la malade.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Traitement du fibrome au cours de l'accouchement

A terme, la parole est à l'accoucheur. Très souvent, l'accouchement se fait normalement. D'où deux points sont à considérer pour déterminer la conduite à tenir :

Premier point. — Un fibrome même abdominal, peut être cause de présentation vicieuse qu'il faudra corriger par des manœuvres particulières : c'est de la dystocie courante.

Deuxième point. — Beaucoup plus intéressante est la dystocie spéciale par fibrome praevia (pelvien ou abdomino-pelvien) qui obstrue plus ou moins l'excavation. Par définition, il doit avoir un certain volume : un petit noyau fibromateux gros comme une cerise ou une noix n'est pas un fibrome praevia ; par ailleurs, le volume importe moins que la fixité ou la mobilité. Que va devenir ce fibrome mal placé au moment du travail ?

Ou les contractions utérines agiront sur lui pour le faire

remonter du bassin dans l'abdomen ; ou bien il ne bougera pas et empêchera l'engagement.

1) Si le fibrome monte dès le début du travail, l'accouchement s'effectue dans de bonnes conditions.

Voici un cas illustrant, s'il le fallait, l'inocuité d'un fibrome pendant le travail pour peu qu'il ne gêne pas le passage du fœtus.

Il s'agit d'une secundipare de la clientèle particulière du Professeur Kœnig qu'un gynécologue réputé de l'étranger lui avait envoyée avec l'idée qu'une césarienne serait nécessaire. En effet, on trouve un fibrome, du volume d'une tête d'enfant, planté au fonds de l'utérus et simulant une grosse partie fœtae. Le Professeur met la parturiente en observation ; un mois après, l'accouchement se fait au terme prévu, rupture intempestive de la poche des eaux après dix-huit heures de travail et expulsion spontanée, en O I G A, d'un très gros enfant ; délivrance normale, bonne contraction ; suite de couches fébriles, un mois après l'accouchement, le fibrome mesure 8-10 cent. environ de diamètre.

A une période avancée du travail, l'accouchement se fait souvent dans de mauvaises conditions. Le fœtus est exposé à souffrir (fréquence de la procidence du cordon) la mère risque l'infection si le travail traîne.

2) Si le fibrome reste fixe, la rupture utérine est inévitable, la mort du fœtus est éminente et celle de la mère est certaine, si elle n'est pas opérée immédiatement.

En général, on ne peut savoir d'avance si le fibrome ascensionnera ou non, c'est-à-dire débloquera ou non l'excavation et cela quel que soit son siège et son volume. Il faut donc attendre l'effet des contractions utérines régulières du travail. Mais le travail déclenché, combien de temps faut-il attendre ? Trois ou quatre heures pas davantage pour les raisons suivantes :

1) Si le fibrome doit remonter, il remonte dès le début du travail, parfois même son ébranlement s'ébauche à la fin de la grossesse. Pourtant, ce n'est pas là une loi rigoureuse.

2) Une attente plus longue exposerait le fœtus. Dans tout accouchement, l'intérêt de la mère n'est pas tout, il faut tenir compte de celui du fœtus. Or, si l'obstacle à l'engagement persiste plus longtemps, il y a bien des chances pour qu'une procidence de cordon (au moment de la rupture de la poche des eaux) une présentation vicieuse (épaule) se constituent, sans compter les dangers que lui font courir des contractions utérines violentes, luttant désespérément contre la barrière fibreuse. Ainsi en ne poussant pas cette épreuve du travail au delà de 3 à 4 heures, on abandonne délibérément la possibilité d'une ascension retardée d'une tumeur, mais c'est à juste titre, car agir autrement, serait faire trop souvent le sacrifice du fœtus. La décision opératoire prise, l'intervention pourra être :

Une opération césarienne suivie de myomectomie qui semble être à priori l'opération idéale. Pourtant, elle ne doit

se faire que rarement et que pour des fibromes praevia pédiculés comme nous allons le voir ultérieurement.

Au point de vue d'indication de la myomectomie conservatrice au cours du travail, on doit, en effet, distinguer deux catégories de fibromes praevia : l'une, représentée par les fibromes développés dans le segment inférieur. Les fibromes postérieurs, qui restent si souvent praevia sont, en effet, difficilement accessibles au cours de l'intervention, car ils sont cachés au fond du Douglas. L'extériorisation de l'utérus et sa bascule en avant doivent être poussées à l'extrême pour donner du jour et l'opération laissera après elle une large surface, d'une hémostase souvent difficile. Cette myomectomie laborieuse avec ses accidents opératoires possibles laissera souvent un terrain propice à l'invasion microbienne qui se trouvera exaltée par l'atteinte fréquente, chez les porteurs de volumineux fibromes, de l'état général de la femme au cours de la gestation.

CHAPITRE II

TECHNIQUE

La myomectomie pour fibrome praevia est une opération d'une exécution facile si des adhérences nombreuses ne s'y opposent pas.

La myomectomie pour les autres fibromes praevia, implantés par une base plus ou moins large sur le segment inférieur, à évolution vers le Douglas est une opération difficile de longue durée et d'une pratique dangereuse; ainsi préférons-nous la césarienne avec hystérectomie dans ces conditions, qui donne, d'après les statistiques officielles, des suites opératoires excellentes.

Aucune de nos observations ne confirment notre étude sur ce sujet. L'observation 338 (1929) n'y répond qu'en partie, car l'expulsion a eu lieu à 3 mois et sans intervention. Nous avons eu l'occasion cependant, pendant notre stage à la Maternité de Strasbourg (l'été 1930) d'assister à une césarienne pratiquée au début du travail pour fibrome praevia, suivie d'une hystérectomie totale. L'enfant, extrait vivant, pesait 3 kil. 450; la mère a bien supporté l'intervention malgré la température de 38,5, 39, durant une dizaine de jours.

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Conduite à tenir pendant les suites de couches

Pendant les suites de couches, il y aura deux points à envisager :

1° Ou l'influence du fibrome est nulle et à un accouchement normal succèdent des suites de couches sans le moindre incident ce qu'on observe dans la majorité des cas ;

2° Ou des complications graves se déclarent :

1) On observe parfois, chez les fibromateuses, une hémorragie pendant la délivrance, due à l'atonie utérine par suite d'une mauvaise contraction, qui cède à une ou deux piquêtes de sécacornie comme fut le cas dans notre observation 316 (1929). Les précautions à prendre sont banales, mais il serait utile de faire prendre des doses moyennes de chorure de calcium le jour précédent l'accouchement ou des sérums spéciaux quand le diagnostic de fibro-myome est porté.

2) La sinuosité de la cavité utérine peut faciliter la rétention et rend difficile l'involution.

3) Une autre complication plus sérieuse, donnant lieu à un processus infectieux, d'une gravité telle, due à la nécrobiose, peut avoir lieu comme prouvent les deux observations de la clientèle privée du Professeur Kœnig qu'il a eu la complaisance de nous donner pour illustrer cette idée à laquelle il nous avait maintes fois attiré l'attention dans ses leçons cliniques, que nous résumerons à la fin de ce chapitre. En outre, le fibrome peut suppurer ou se gangréner pendant les suites de couches. Ce n'est pas une infection puerpérale banale avec laquelle il faut se garder de la confondre, car le traitement est différent de tout au tout. Si le fibrome était connu, il n'est pas permis de se tromper. Si le fibrome est passé méconnu lors de l'accouchement, le toucher vaginal, si utile dans les suites de couches, fait faire le diagnostic.

1) INDICATION OPÉRATOIRE

La myomectomie devient une opération de plus en plus exceptionnelle dans ces indications et ses chances de succès, à mesure que l'état de gestation franchit ses différentes étapes. Bonne opération au cours de la grossesse, médiocre déjà, quelques cas exceptés, pendant l'accouchement, elle l'est encore plus dans les suites de couches, en faisant une classe à part pour les fibromes à évolution vaginale. Ceci nous amène à classer les myomes au moment des suites de couches en deux catégories :

1° Fibromes pédiculés ou sessiles à évolution abdominale;

2° Fibromes à évolution vaginale.

Les deux catégories ont des indications et un pronostic opératoire essentiellement différent.

1. — FIBROME PÉDICULÉ OU SESSILE A ÉVOLUTION ABDOMINALE

Nos observations ne relèvent aucune complication assez sérieuse pour avoir entraîné une intervention conservatrice ou radicale. Dans deux cas cependant, l'accouchement fut prématuré.

Le premier (observation 338, 1929), on note l'expulsion d'un enfant de huit mois mort-né, macéré. La délivrance et les suites de couches furent normales et le fibrome a progressé après l'accouchement.

Le deuxième (observation 372, 1929), nous constatons aussi l'expulsion d'un enfant de huit mois mort-né, avec présentation podalique, procidence du cordon et enchâtonnement du placenta qui exige curage digital et curettage. Une température de 38°5, est signalée pendant les suites de couches durant deux semaines.

L'intervention, quelques complications que puissent la provoquer ne paraît être que l'hystérectomie. Car, l'hémorragie de la délivrance provenant d'un fibrome ou une hémorragie plus tardive de même origine, les accidents douloureux

pouvant faire craindre une dégénérescence maligne, relèvent de l'hystérectomie radicale, le moyen ordinaire d'hémostase et la myomectomie conservatrice étant d'une pratique dangereuse.

II. — FIBROME A ÉVOLUTION VAGINALE

Plus intéressant pour la chirurgie conservatrice, sont les fibromes sous-muqueux à évolution vaginale. Les tumeurs, si elles n'ont pas empêché la fécondation de se produire par leur présence ou n'ont pas interrompu la grossesse au cours de son évolution par un avortement ou un accouchement prématuré, peuvent passer inaperçues au moment de l'avortement et de l'accouchement et n'être révélées que dans les suites de couches par leur sphacèle (observation 493, 1930) ou au contraire au cours d'une révision utérine, pratiquée pour une cause quelconque. Le tableau clinique de ces accidents infectieux est celui d'une endométrite avec de la fièvre, lochies fétides, pouls accéléré et facies infecté. L'utérus reste gros, mou et douloureux au palper, mais le ventre reste souple, l'infection atténuée n'atteignant pas le péritoine.

Au toucher, on trouve le col largement ouvert permettant une exploration intra-utérine aisée, qui révélera un polype sphacélé, mou et s'effritant facilement.

L'évolution est plutôt lente, mais progressive se terminant dans les cas favorables par l'élimination spontanée du polype par les contractions utérines, mais l'intervention doit

toujours être effectuée sans attendre cette issue heureuse, mais exceptionnelle.

2) TECHNIQUE

La myomectomie, pour fibromes abdominaux compliqués dans les suites de couches, doit céder la place à l'hystérectomie.

Pour les fibromes à évolution vaginale, l'intervention sera une myomectomie par cette voie. L'intervention doit être suivie d'une révision intra-utérine qui pourrait révéler d'autres polypes passés inaperçus, qui seront alors traités de la même façon (torsion simple du pédicule) ou par section du pédicule après pose d'une ligature. Cette intervention, très simple, sera suivie d'une injection intra-utérine et de la pose d'une mèche dans la cavité utérine.

*Premier cas de la clientèle particulière du Professeur Kœnig :
fibrome compliqué de grossesse, accouchement dystocique,
infection puerpérale, exitus.*

Madame X..., née en 1882. Le 14-12-1916, on constate un utérus fibromateux gravide de deux mois et demi, causant des vomissements qui cèdent à un traitement médical. A la fin du même mois, le fibrome pousse en haut et atteint 5 cent. au-dessus de la symphyse. En janvier 1917, le fibrome est à 12 cent., de la symphyse sans gêne fonctionnelle. Règles normales à peu près; D. R., 5 février 1917. Le 12

juin, on constate une grossesse. Circonférence ombilicale : 89 cent.; fond de l'utérus à 15 cent. de la symphyse et mesure d'un côté à l'autre 27 cent. Le 9-11-1917, le volume de l'utérus est celui de l'utérus à terme. Les deux noyaux qui formaient la tumeur se sont fondus en un seul noyau uniforme; au-dessus de l'ombilic une proéminence assez moyenne.

Le 7-10, circonférence ombilicale 99 cent., hauteur 45 cent. Le 1^{er}-12 (retard de plus de quinze jours), début de l'accouchement, rupture de la poche. La nuit du 3-4, quelques petites douleurs, col fermé, on ne sent pas de présentation, écoulement brunâtre. A 15 heures, douleurs fortes qui cessent pendant la nuit. Le 5-12, peu de contractions, température normale, col perméable pour un doigt. A 18 heures, écoulement fétide, dilatation d'une paume de main : on sent très haut l'aisselle et un cordon sans battement. Le mari refuse la césarienne; on tente une version sous chloroforme après avoir dilaté le col et on pénètre dans une impasse entre un fibrome à droite, de volume d'une tête d'enfant, immobile et un autre plus petit à gauche, immobile également. Après avoir dilaté ce détroit, on entre dans la cavité utérine et on saisit un pied situé à droite. A 19 h. 30, extraction lente, assez facile; la tête macérée n'oppose que peu de résistance, pas de déchirure de périnée. Décollement manuel du placenta, lavage de la cavité utérine au lysoforme, sécacornine et pituitrine, bonne contraction. Une heure après, hémorragie peu

abondante, mais persistante malgré les moyens employés. Vers le matin, l'état qui paraissait grave s'améliore. Suites de couches immédiates afebriles. Une infection se déclare dans la suite, due à la nécrobiose infectieuse des deux noyaux fibromateux. Suppuration abondante, journalière, longue de six semaines, d'une énorme cavité formée au dépens de l'utérus. La malade est opérée par un confrère pendant l'absence du professeur Kœnig. Hystérectomie abdominale suivie d'exitus.

Deuxième cas du Professeur

Accouchement le 9-3-1904, à la Maternité de Genève avec œdème intense et 4 % d'albumine avec fibrome de la paroi utérine gauche. Dans les suites de couches, on constate une fièvre permanente atteignant 40° le soir et 39°³ le matin. Dix jours après l'accouchement, un gros fibrome, remplissant le Douglas, refoule l'utérus à droite. Le 19-3, laparotomie ; l'abdomen ouvert, on se trouve en présence des tissus œdématisés rendant l'énucléation difficile. Hystérectomie, pratiquée par le Professeur Kœnig, alors chef de clinique à la Maternité, par décollement abdominal. La malade meurt de septicémie. La pièce anatomique montre un fibrome nécrosé

Troisième cas. — Observation 316 (1929). — Atonie.

Multipare de 32 ans, réglée à 16 ans. R. rég., indolores abondantes, 7 jours ; D. R., 27 juin. Présentation : O. I.

G. A., accouchement normal en O. A. Délivrance spontanée selon Schultze. Atonie. Utérus fibromateux découvert après l'accouchement qui cède après une sécacornine. Suite de couches normales. Guérison.

Quatrième cas. — Observation 338 (1929).

Accouchement prématuré

Primipare de 34 ans. Réglée à 18 ans. R. rég., peu abondantes, indolores, 4 jours. D. R., 15 septembre. Premier mouvement de l'enfant en décembre 1928. Dernier mouvement le 25 avril. Début des douleurs, 27 avril. Le 28 avril rupture de la poche et expulsion en O. A. d'un enfant de huit mois, mort-né, macéré. Délivrance spontanée selon Schultze. Bonne contraction. L'examen montre une tumeur remplissant la fosse iliaque gauche allant à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic, elle fait corps avec l'utérus mobile, mais très sensible. Le 1^{er} Mai, la température est regressée un peu, l'utérus devenant plus mobile et pas sensible, la gynergène aidant, suit une bonne involution. Guérison dix jours après.

Cinquième cas. — Observation 373 (1929)

Accouchement prématuré

Multipare de 35 ans. Réglée à 19 ans. R. irrég., indolores, peu abondantes, durée 2 jours, 3 accouchements. D. R.

septembre 1928. Dès le premier accouchement, la parturiente a porté un anneau pour rétro-flexion, en décembre, cautérisation pour col très gros. Fortes pertes blanches, au début de la grossesse qui fut bien supportée. Le 6 Mai, rupture de la poche. Présentation podalique siège complété mode des fesses. Le 11 Mai, douleurs. Le 12, accouchement prématuré d'un enfant de huit mois, mort-né. Procidence du cordon. Placenta acréta, avec enchâtonnement, curage digital et curettage. Utérus myomateux, suites de couches avec température. Guérison, un mois après.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DANS LE POST-ABORTUM

La fausse-couche spontanée est fréquente. Nous l'avons observée cinq fois dans nos observations (obs. 167, 1922; 222, 1926; 231, 1930; 493, 1930; 347, 1931). Les deux cas (obs. 222, 1926 et 347, 1931) nous présentent un intérêt particulier, car il s'agit d'une grossesse gémellaire. Quand même nous sommes moins enclins d'incriminer la géméllité comme cause d'avortement que d'inculper l'utérus fibromateux lui-même, car chez l'une d'elles (222, 1926), nous observons trois avortements antécédents; chez l'autre (347, 1931) une fausse-couche spontanée. En pareil cas, si la fausse-couche se produit spontanément, ce qu'on observe le plus souvent, tout ira bien dans la majorité des cas; mais s'il y a une difficulté sérieuse de la rétention placentaire avec hémorragies, ou une fièvre grave, l'idée qu'il faut avoir, c'est l'hystérectomie qui est la solution la plus prudente. Quatre de nos observations illustrent cette idée.

Après l'avortement, si l'état des malades n'inspire aucune inquiétude, la myomectomie à froid est particulièrement

indiquée, car on ne voit pas, en général, l'involution puerpérale des fibromes qui suit l'accouchement à terme. Cette myomectomie peut être suivie d'une grossesse heureuse selon Goullioud.

HYSTÉRECTOMIE DANS LE POST-ABORTUM ET AU COURS D'UN AVORTEMENT

Premier cas. — Observation 167 (1922)

Malade de 39 ans, réglée à 13 ans. R. rég., moyennes, durée 3 jours; un accouchement normal, un avortement provoqué. Depuis un an, règles rég., mais douloureuses et abondantes. D. R., 14-1-1922. Le 8-4, douleurs, hémorragies, pesanteur.

Inspection : abdomen augmenté de volume comme une grossesse de quatre mois.

Palpation : ganglions inguinaux, souffle utérin; à la hauteur de l'ombilic, une tumeur occupe la ligne médiane et s'étale de chaque côté, à gauche jusqu'à cinq travers de doigts de la ligne médiane, à droite, jusqu'à l'épine iliaque. Cette tumeur est un peu mobile.

Toucher : col dans la ligne médiane gros, antéversion, ramolli, ouvert, on sent le tissu placentaire. Une tumeur en continuité avec l'utérus remontant à 20 cent., au-dessus de la symphyse, d'une consistance ferme. Diagnostic utérus fibromateux et grossesse. Curettage qui ramène un œuf de

19 cent. Le ventre reste grand; la femme perd du sang. Le 24-5, laparotomie médiane. Le ventre ouvert, on constate que l'utérus a augmenté de volume comme une grossesse de quatre mois, bosselée et présente, en avant et à droite, un volumineux noyau fibromateux gros comme une orange. Hystérectomie subtotale, opérateur Beuttner. Guérison. La pièce anatomique présente un myome de l'utérus, un ovaire scléro-kystique, rétention placentaire.

Deuxième cas. — Observation 222 (1926)

Malade de 38 ans, réglée à 14 ans. R. rég., abondantes, durée 5 jours; deux accouchements normaux. D. R., 4 juin 1926, abondantes, mais avec 4 jours de retard. Depuis le 4 juin, la malade continue à perdre continuellement, abondamment parfois. Le 17-6, elle a de violentes douleurs expulsives, perd des caillots noirs et du sang liquide.

Inspection : abdomen augmenté de volume dans la région sous-ombilicale.

Palpation : résistance de consistance variable remontant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Toucher : col en arrière, ramolli, fendu transversalement. Utérus augmenté de volume comme une grossesse de six mois, ramolli, de consistance variable; il semble pouvoir palper un fœtus ? paramètres libres. Auscultation : 0. La malade perd du sang. Diagnostic : grossesse de 5 mois $\frac{1}{2}$, métrorragies. Traitement : lit, glace, salipyrine, suppositoires.

opium-belladonne. L'état de la malade ne s'améliore pas. T. : 37°8; L'écoulement sanguin continue. On examine de nouveau et on pense à une grossesse compliquée de fibrome. La malade continue à perdre du sang. Radio : 0.

Le 2-7, laparotomie médiane sous-ombilicale. L'abdomen ouvert, on constate un utérus ramolli, augmenté de volume, comme pour une grossesse de cinq mois. Dans les cornes utérines, on sent deux noyaux fibromateux et des noyaux multiples autour du col. On ne palpe aucun fœtus. La ponction donne un liquide noirâtre. Hystérectomie subtotale. Opérateur Beuttner. Après la section du col, on voit en sortir du placenta. Guérison. La pièce anatomique montre un utérus myomateux à noyaux interstitiels et sous-muqueux multiples. Péricérite, grossesse gémellaire, bivitelline de quinze semaines, décollement d'un des œufs.

Troisième cas. — Observation 231 (1930)

Malade de 32 ans, ayant toujours été réglée régulièrement toutes les quatre semaines, pendant 5-6 jours. Elle perd peu; douleurs dans les reins. D. R. le 28 mars, normales. Depuis le 17 avril, elle a des vomissements; en avril aménorrhée; en mai, elle perd à trois reprises un peu de sang; du 10 au 13 juin, fortes pertes de sang et crampes dans le bas-ventre et dans les reins. Depuis une année, son ventre augmente de volume; en outre, elle a souvent mal dans la fosse iliaque droite surtout lors d'un effort.

Inspection : seins légèrement augmentés de volume
abdomen augmenté de volume comme pour une grossesse de
cinq mois environ.

Palpation : Une tumeur dure dans la partie médiane de
l'hypogastre remontant jusqu'à la hauteur de l'ombilic et
dont la grosseur correspond à une grossesse de cinq mois;
dans les parties latérales, cette tumeur est un peu sensible,
mobile transversalement, la mobilisation est un peu sensible.
Aucultation : o.

Toucher : paroi vaginale antérieure très raccourcie, col
abaissé et refoulé en avant par une tumeur dure, bosselée; le
col est ramolli, mobilisable; derrière la symphyse une partie
plus molle (utérus gravide). Plus haut, on sent la tumeur
sus-mentionnée consistant en un fibrome dur, développé au
dépens du fond utérin; un autre myome dans le Douglas et
sur le côté droit. Spéculum : col de primipare normal un
peu violacé. Diagnostic : fibro-myome et grossesse. La gros-
sesse ne pouvant évoluer sans complications dans ces con-
ditions, on décide d'opérer.

Le 20 juin 1930, laparotomie. L'abdomen ouvert, on
constate la présence d'un fibrome de la grosseur d'une tête
de fœtus greffée sur le fond utérin. L'utérus en antéflexion,
augmenté de volume comme une grossesse de 2-3 mois; toute
sa surface est recouverte de petits fibromes intra-mural et
sous-séreux. Hystérectomie supra-vaginale. Opérateur, Pro-
fesseur Kœnig. Fermeture. La pièce anatomique présente un

fibrome à noyaux multiples interstitiels et sous-séreux et une grossesse de seize semaines avec un œuf décollé. Guérison.

Quatrième cas. — Observation 493 (1930)

Malade de 32 ans, sans antécédent, réglée à 12 ans. R. rég. et abondantes. Trois avortements. D. R. le 15 juillet 1930.

Le 14-11-1930, pertes des eaux sans cause, suivies de douleurs, expulsion vers le soir, décollement manuel et curettage. Après ceci, la malade est pâle présente une matité dans les deux fosses iliaques; abdomen plus souple sans défense musculaire, douleurs dans la région sous-ombilicale; col perméable pour un doigt, écoulement d'un liquide fétide. L'utérus à deux doigts de l'ombilic. Diplo et staphilo dans le canal cervical. Température. Diagnostic : rétention placentaire d'un utérus fibromateux. Hystérectomie vaginale. Opérateur, Professeur Kœnig. La pièce anatomique présente une rétention des caduques et un utérus fibromateux en voie de sphacèle. Guérison.

Un cas d'avortement spontané sans intervention

Observation 347 (1931)

... Nullipare de 32 ans, réglée à 15 ans. R. rég., faibles, douloureuse; durée, 4 jours; antécédents, r. d..p. Sa mère avait un fibrome. D. R. le 7 Mars 1931. Peu de leucorrhée qui a augmenté maintenant. Pas d'accouchement, une fausse-

couché spontanée, curettée. En mars et avril 1931, pertes de sang sans douleur, brûlures à la miction, constipation. Depuis quelque temps, douleurs vagues dans l'abdomen devenues très vives depuis deux jours, périodiques, ayant leur maximum dans le côté droit.

Inspection : abdomen augmenté de volume comme pour une grossesse de 5-6 mois, nombreuses vergetures, seins bien développés, colostrum.

Palpation : on sent, remontant au-dessus de l'ombilic, une tuméfaction très sensible au niveau de la fosse iliaque droite ; à gauche une tuméfaction assez dure, indolore, séparée de la partie droite par un sillon. A droite, une autre tuméfaction mal délimitable, douloureuse. Ces deux tuméfactions font corps avec la tumeur principale qui est l'utérus. Pas de défense musculaire. Le 1^{er}-8, crises douloureuses dans la fosse iliaque droite avec défense musculaire et douleurs à la palpation. Le reste de l'abdomen est souple et indolore. Le malade perd du sang ; pouls, 89 ; température, 37° ; langue humide. Douleurs calmées par glace et suppositoire, opium-belladone. Le 3-8, pertes de sang, constipation. Le 4, peu de douleurs et on délimite un noyau fibromateux allant jusqu'à l'épine antérieure et supérieure, légère perte sanguine. Le 7, le fond de l'utérus est à la hauteur de l'ombilic. A droite, faisant corps avec l'utérus, une tumeur allant jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure ; col ouvert pour la pulpe d'un doigt ; peu de sang dans le vagin. Diagnostic, fi-

brome ? Le 8, à 10 heures 30, douleurs d'accouchement. Une heure après expulsion des deux fœtus et d'un placenta complet. Fortes pertes de sang. Gynergène et sécacornine diminuent l'écoulement sanguin. La palpation est douloureuse au niveau du fibrome.

Statistique Générale

A la Maternité de Genève, de 1911 à 1931, sur 29 cas graves de gestations compliquées de fibro-myomes diagnostiqués, nous relevons :

1° Vingt-deux cas traités chirurgicalement :

a) 14 cas d'hystérectomie pendant la gestation ;

b) 6 cas d'hystérectomie pendant les suites de couches ;

c) 2 cas de myomectomie pendant la gestation.

a) 1 cas de myomectomie du segment inférieur ;

b) 1 cas de myomectomie d'un fibrome du grand droit de l'abdomen.

Sur les vingt-deux cas traités, il y a eu trois cas de mort, dont deux à la suite d'une septicémie due à la nécrobiose.

2° Dans quatre cas, la grossesse continue.

3° Deux cas d'accouchements prématurés.

4° Cinq cas d'avortements.

5° Un cas d'atonie.

6° Deux cas de fibromes pédiculés.

7° Impossible de citer le nombre des cas de grossesse compliqués de fibromes qui n'ont pas donné lieu à des complications.

Conclusion

I. — LE DIAGNOSTIC.

Le diagnostic du fibrome doit être fermement établi. Chez la femme jeune, il faut toujours penser à la grossesse; chez la femme plus âgée pensons à la grossesse, mais redoutons les complications surtout.

II. — TRAITEMENT.

1) *Au cours de la gestation.*

a) Au cours de la gestation, survenant dans un utérus porteur de fibrome, on ne doit pas considérer que la seule coexistence de fibrome et de la gestation nécessite une intervention chirurgicale systématique.

b) L'indication d'intervenir chirurgicalement ne se pose que s'il survient des accidents compromettant la santé de la mère ou l'évolution de la gestation. Donc, pas d'intervention sans indication. L'indication opératoire doit écouler d'une complication telle que :

- 1° Hémorragie rebelle;
- 2° Nécrobiose;
- 3° Compression.

L'indication opératoire étant posée, on doit partir avec l'idée à priori de pratiquer une myomectomie si elle est possible, car elle met la femme à l'abri des accidents immédiats, respecte la grossesse en cours et surtout sauvegarder l'intégrité de l'appareil génital. Si la myomectomie n'est pas possible pour une raison ou pour une autre, il faut se résigner à faire l'hystérectomie.

c) Il ne faut jamais irradier (enfant des rayons X, arriéré microcéphale).

d) Ne procéder jamais à un curettage qui expose à un danger très grave.

2) *Au cours du travail :*

a) Au cours du travail, l'indication de la myomectomie ne se trouve en pratique que très rarement réalisé.

b) Les fibromes praevia (col, segment inférieur), lorsque par leur volume et leur situation, mettent obstacle à l'accouchement par les voies naturelles, ils sont justiciables de l'hystérectomie qui, seule met à l'abri des complications infectieuses graves. La myomectomie ne trouverait son indication qu'en cas de fibrome praevia pédiculé.

c) Le siège du fibrome détermine la conduite à tenir. Les fibromes du fond de l'utérus sont pratiquement sans danger. Les fibromes interstitiels, situés plus bas, sont à surveiller de très près. Si le déplacement ascensionnel se fait, abstention. Sinon, si le fibrome par sa présence devient une cause de dystocie, la césarienne est la règle.

3° *Dans les suites de couches :*

a) Dans les suites de couches, n'intervenir qu'avec indication et alors la myomectomie abdominale doit céder la place à l'hystérectomie.

b) La myomectomie par voie vaginale est une opération logique pour fibromes sphacelés à évolution vaginale (polypes fibreux).

Bibliographie

- AUDEBERT J.-L. — Les tumeurs praevia (*Rev. Franç. de Gyn. et d'Obs.*, juin 1931).
- NIHAIL C. ALECSIA. — Polypes fibreux de l'utérus et gestation. Thèse de Paris, 1925.
- BARBIER. — Fibrome et grossesse, appendicite, myomectomie, appendicectomie et continuation de la grossesse. *La Bourgogne médicale*, 1928.
- BARTHÉLÉMY A. — Indications opératoires dans la nécrobiose des fibromes survenant au cours de la grossesse (*Rev. Franç. de Gyn. et Obst.*, 1929).
- BRINDEAU A. — Les fibromes utérins compliqués de grossesse (*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, Paris, 1925).
- BRINDEAU A. — La myomectomie dans ses rapports avec la grossesse (VI^e Congrès de l'ass. des gynécologues et obstétriciens de langue française).
- DE NEVE. — Fibrome pédiculé tordu au cours d'une grossesse (*Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1929).
- DUCHÊNE. — De l'énucléation des fibromes au cours de la grossesse (*L'essor méd.*, 1928).

DUCHET-SUCHAUX. — Grossesse et fibrome (*Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurg. de Paris*, 1928).

ESTIENNY. — Fibrome et grossesse (*Toulouse méd.*, 1929).

GOULLIAUD. — Fibrome et grossesse (*Lyon méd.*, 1925).

LAURENTIE. — Fibrome utérin et grossesse (*Vie méd.*, Paris, 1924).

PORCHER P. — Grossesse avec fibrome simulant une grossesse gémellaire (*Journ. des Séc. Méd. de Lille*, 1929).

REEB. — Lésion de l'utérus gravide (*Strasbourg Méd.*, 1926).

VALLETTE. — Fibrome et grossesse (*Marseille méd.*, 1929).

VAUDESCAL R. — Les fibromes compliquant la grossesse (Hôpital, Paris, 1925).
